

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

388

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Hérand IZMIRLIAN

Né à Bagdad (Iraq), le 14 octobre 1908

QUELQUES REMARQUES
SUR LA THÉRAPEUTIQUE
DES
GESTATIONS ECTOPIQUES JEUNES

Président : M. R. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Hérand IZMIRLIAN

Né à Bagdad (Iraq), le 14 octobre 1908

QUELQUES REMARQUES
SUR LA THÉRAPEUTIQUE
DES
GESTATIONS ECTOPIQUES JEUNES

Président : M. R. GRÉGOIRE, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BERZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.).. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médica
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNEQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE.....	Stomatologie.

Par^{te} délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

La droiture de sa vie servira toujours d'exemple à ma carrière, faite de sa prévoyance.

A MA MÈRE

*La plus douce espérance c'est de
vous rendre en bonheur tout ce
que vous m'avez prodigué de solli-
citude et de dévouement.*

A MES SŒURS

*Une grande affection nous unit
qui sera toujours égale à elle-même.*

A MES FRÈRES

*Soyez particulièrement remerciés
pour les sacrifices que vous vous
êtes imposés avec une si affectueuse
sollicitude au cours de mes études
médicales.*

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND GRÉGOIRE

Professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire le
très grand honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

Respectueux hommage de reconnaissance.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROGER COUVELAIRE

Ancien Prosecteur et ancien chef de clinique chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Paris
Assistant de la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine

*Qui a bien voulu nous inspirer
cette thèse et nous a guidé dans notre
travail de ses bienveillants conseils
et à qui nous devons le meilleur de
notre travail.*

*Qu'il trouve ici l'expression de
notre profonde gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ AUBERTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR FREDET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoulLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. KILIDJIAN

*Ses précieux conseils me guidèrent
dans les débuts si difficiles de ma
carrière.*

INTRODUCTION

Il peut paraître inutile de vouloir encore écrire sur le traitement de la gestation ectopique. Ses modalités sont actuellement bien connues et partout appliquées.

Cependant nous avons entrepris ce travail à l'investigation du Docteur Roger COUVELAIRE, ancien Prosecteur et ancien Chef de Clinique Chirurgicale à la Faculté, afin d'insister sur certains points qui, apparemment secondaires, ont en fait leur importance dans la réalisation du traitement.

Nous avons recueilli quelques observations dans le Service de M. le Professeur Raymond GRÉGOIRE, que nous remercions respectueusement d'avoir bien voulu nous permettre d'en user et qui servent de base à cette étude.

Nous envisagerons dans un premier chapitre le traitement de la gestation ectopique jeune, non compliquée.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons le traitement des grandes hémorragies intra-péritonéales libres, déterminées par l'évolution de la grossesse ectopique.

Dans un troisième chapitre sera envisagé le traite-

ment des hémorragies enkystées ou partiellement enkystées.

Dans un quatrième chapitre, nous envisagerons les complications post-opératoires et leur prophylaxie.

Le traitement des gestations ectopiques, est une question de grande importance pratique, étant donné la fréquence de l'affection.

Il semblerait de prime abord, que le traitement fût toujours simple et de réalisation facile.

En fait, des détails techniques, ont leur importance et ne seront jamais trop répétés.

Le but de cette thèse est de les analyser et de les étudier minutieusement.

CHAPITRE I

TRAITEMENT DE LA GESTATION ECTOPIQUE JEUNE AVEC OU SANS HEMATOSALPINX

Il est classique de dire, que toute grossesse extra-utérine doit être opérée et extirpée, comme une tumeur maligne.

L'intervention vise avant tout, à supprimer cette grossesse de siège anormal, dont l'œuf sera de par son siège la cause presque inéluctable d'accidents hémorragiques, mais pour des facilités opératoires et dans un but louable de prévenir une nouvelle nidation anormale dans cette trompe, qui a prouvé sa réceptivité, soit physiologique, soit anatomique, il est logique d'envisager l'extirpation complète, totale, de la trompe.

En effet, l'expérience a montré que dans le moignon tubaire restant, s'il est trop long, de nouvelles grossesses peuvent ultérieurement se greffer et évoluer avec les accidents hémorragiques que l'on connaît. A ce propos peut se poser un problème d'ordre déductif : la trompe opposée ne présente-t-elle pas

aussi des lésions qui prédisposeraient à une nidation anormale ?

En pratique, il serait abusif de vouloir préventivement enlever cette trompe, à moins de lésions importantes, étant donné que la nidation de l'œuf ne s'y opère que secondairement dans 5 % des cas (SMITH et DIETRICH).

Cependant, une femme qui a présenté une grossesse ectopique et qui a subi l'ablation totale de la trompe, doit être prévenue de la possibilité de grossesses ectopiques, au niveau de la trompe opposée ; il est ainsi classique de dire, qu'il faut surveiller et examiner de près les grossesses futures.

L'indication opératoire étant posée, quel sera le traitement ?

Le traitement de choix est l'ablation isolée de la trompe

Sa réalisation est facile, on veillera avec soin à ce que l'hémostase soit parfaite, à ce que la trompe soit extirpée en totalité jusqu'à la corne utérine, à ce que le moignon tubaire soit thermocautérisé ou iodé, pour réduire au minimum les risques d'infection, à ce que la péritonisation soit satisfaisante et qu'elle ne présente pas de moignon cruenté non enfoui.

L'ablation unilatérale des annexes peut être nécessaire, si l'état des ovaires justifie son exérèse simultanée.

Quant aux méthodes conservatrices d'expression douce de la trompe, ou d'incision tubaire, suivie de fermeture après exérèse de l'œuf, elles sont d'autant

plus illogiques, qu'elles laissent une trompe altérée, source de récidives *in situ*, de nidation ovulaire anormale ou bien, source d'hydrosalpinx douloureux.

Le Traitement de nécessité

Dans certains cas, on sera amené à faire plus, lorsqu'on aura trouvé à l'intervention des lésions annexielles de côté opposé, soit lésions salpingiennes, soit tout à fait exceptionnellement, une grossesse ectopique double.

On sait en effet, que lors d'une intervention pour grossesse ectopique, un des temps importants de l'intervention qu'il ne faut pas oublier, est l'exploration des annexes opposées. Suivant le degré de leur atteinte, on sera conduit, soit à pratiquer une double salpingectomie, en conservant un ou les deux ovaires, soit même à pratiquer une hystérectomie.

Il est un cas particulier, pour lequel la difficulté d'hémostase, légitimie l'hystérectomie ; c'est sur cette forme que M. le Professeur A. COUVELAIRE et R. Mouchotte, ont attiré l'attention. Il s'agissait d'une grossesse ectopique, développée au contact de l'utérus.

L'ablation de l'œuf ainsi nidé, peut entraîner de grandes difficultés d'hémostase, et il peut être nécessaire dans ces cas, de recourir à l'hystérectomie de sécurité. La résection cunéiforme de la corne utérine n'est possible en effet, que si l'expansion de l'œuf laisse indemne la musculature interne adjacente et permet une fermeture aisée, sans modifier trop profondément la morphologie utérine et sans délabrer sa texture.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES INTRA-PÉRITONÉALES, DÉTERMINÉES PAR L'ÉVOLUTION D'UNE GESTATION ECTOPIQUE. TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES LIBRES ET TRÈS ABONDANTES

Ici, plus particulièrement, le dogme de l'opération est immédiat et tangible.

Il s'agit généralement d'épanchement libre et abondant, toutefois, même dans les cas à symptomatologie moins éclatante, l'indication opératoire reste évidente.

Mais, s'il faut opérer sans délai, il faut aussi opérer sans précipitation intempestive, pour atteindre l'objectif essentiel, qui est l'hémostase, et l'on conçoit que cette hémostase doive être parfaite. L'objectif essentiel est de placer, sans perdre de temps, la pince sur le vaisseau qui saigne.

Quelques détails nous paraissent d'importance capitale; ce sont :

a) *Les soins pré-opératoires.*

Il est classique, sinon fréquent, de préconiser chez

une malade en état d'anémie importante et profonde, même en état syncopal, l'apport immédiat d'une « masse de remplacement ». (Sérum intra-veineux, transfusion sanguine). Cet apport n'est pas sans danger, car il risque en élevant à nouveau une tension artérielle basse, de provoquer une reprise importante, voire mortelle, de l'hémorragie. Il est très rare, au cours d'une laparotomie pour inondation péritonéale, de découvrir avec netteté « la fistule vasculaire », et lorsque l'opération extirpe la trompe atteinte, il est bien rare qu'on puisse affirmer avoir vu la trompe saigner.

Le fait est dû à l'état d'équilibre auquel arrive en général une malade, rapidement anémiée, luttant contre la déperdition sanguine par état syncopal, par un état de « vie ralentie ». Cet équilibre est très instable, l'administration de sérum à haute dose, ou la transfusion sanguine, risque de le rompre de façon malencontreuse. Autant l'apport du Sérum et celui du sang sera utile, *dès que l'hémostase sera chirurgicalement assurée*, autant il peut être dangereux, préablement administré.

Le docteur Roger COUVELAIRE a le souvenir très précis de deux malades, ayant reçu une « masse de remplacement » importante avant la laparotomie et dont l'orifice de rupture tubaire, saignait en jet au cours de l'intervention ; l'une d'elles mourut une heure plus tard, malgré une exérèse tubaire rapidement exécutée, comme si elle avait dépassé le seuil hémorragique, compatible avec la vie.

Tout ce qui est capable de précipiter l'hémorragie ou de la provoquer à nouveau, demande donc à être proscrit, avant la réalisation de l'hémostase directe.

b) *L'anesthésie.*

Le choix de l'anesthésique et son administration ont une très grande importance, parce que l'on se trouve en présence de malades, fragilisées par la perte sanguine, ou dans un état syncopal. Donc, pendant l'anesthésie, il faut prendre de grandes précautions pour ces malades.

Ether, protoxyde d'azote ou Schleich, conviennent parfaitement, à condition d'être administrées avec douceur et parcimonie.

c) *Position.*

La position de la malade sur la table d'opération est très importante à connaître, quand il existe une hémorragie abondante en péritoine libre.

Nous savons, d'après les expériences de Charles RICHET, que le « sujet hémorragique » succombe à l'anémie cérébrale et bulbaire. Charles RICHET a réalisé les expériences suivantes, pour démontrer que la mort était due chez les hémorragiées à l'anémie cérébrobulbaire, d'où mort spontanée.

Il a réalisé une hémorragie brutale chez un chien (chloralosé d'avance) au moment où la tension artérielle très basse indique la mort imminente, et où la respiration devient profonde, inégale et rare ; à ce moment il a incliné très fortement la table (pour que

la tête de l'animal soit très basse par rapport à ses pieds) et il a constaté qu'immédiatement la respiration se régularisait et que l'animal semblait revivre. Il a remis la table horizontalement, et de nouveau, il a vu chez le chien, le malaise s'accroître. Pour terminer l'expérience, il a mis l'animal la tête en haut, et il a vu que la mort était devenue instantanée.

Donc, cette expérience, si remarquablement conduite, nous guide sur la position qui doit être donnée à une malade, qui fait une hémorragie abondante cataclysmique, en péritoine libre. En règle générale, dans toutes les opérations pelviennes, on met les malades en position de TRENDLENBURG, position qui présente l'avantage de dégager la cavité pelvienne et d'en faciliter considérablement l'examen. Mais ceci est différent ; ce n'est pas au début de l'intervention, mais à la fin, qu'il faut appliquer ce principe. Ces malades ont saigné déjà beaucoup, d'où anémie cérébrale. Si on les met brusquement de la position de TRENDLENBURG en position horizontale, il peut se produire une anémie bulbaire brutale, et la mort peut survenir brusquement. (comme dans l'expérience de Charles RICHET, décrite ci-dessus). Aussi convient-il, autant que faire se peut, de donner une faible inclinaison déclive à la table opératoire, afin de n'avoir pas à passer, en fin d'opération et au moment du transport de la malade dans son lit, d'une forte inclinaison, propice à la bonne irrigation du bulbe, à l'horizontabilité, qui peut déclencher une syncope subite et mortelle. Sans doute, l'intervention sera-t-

elle conduite plus difficilement lorsque la position déclive habituelle n'est pas réclamée, mais le risque est trop certain de mort brutale, en changeant brusquement la position de l'opérée, pour n'en pas tenir grand compte.

d) *Conduite de l'acte opératoire proprement dit.*

« Il est exceptionnel que l'hémorragie soit immédiatement mortelle, en général il s'écoule au moins plusieurs heures avant que la malade soit dans un état menaçant, et l'on a presque toujours le temps d'intervenir utilement. Il semble que dans ces cas, l'indication immédiate d'opérer, doit toujours être posée » (LECÈNE).

L'opération doit être faite rapidement, mais sans précipitation. Quant à la technique, il nous semble que celle du remarquable traité de chirurgie d'urgence, de LEJARS, récemment remanié par P. BROCC et P. CHABRUT, constitue une indication excellente, et nous ne pouvons mieux faire que de le citer *in extenso*.

« Faire l'incision médiane sous-ombilicale, aller vite jusqu'au péritoine qui apparaît noirâtre, et plus ou moins soulevé par la nappe sanguine sous-jacente, l'ouvrir à la partie supérieure de la plaie, au niveau d'un pli qu'il faut inciser. »

Ici nous allons rappeler brièvement, qu'une fois l'incision pariétale faite, il faut aller très vite ; dès que le péritoine est ouvert, il faut plonger la main, repérer le côté atteint, mettre les deux pinces pour les pédicules sous le contrôle de la main, ne mettre la

valve qu'après avoir pincé les pédicules, qui nous montrent bien la cavité. « Se méfier de l'ouverture du péritoine »: (PROUST).

Il y a une différence de tension, entre le sang épanché dans la séreuse fermée et celle de la séreuse ouverte.

A l'ouverture du péritoine, le sang épanché est sous une certaine tension, qui peut d'ailleurs ralentir le cours de l'hémorragie, *mais à l'ouverture de la séreuse, la tension cesse, et l'hémorragie redouble son cours.* Une malade qui est à ce moment à la limite de sa résistance, risque d'avoir une syncope mortelle, c'est pourquoi nous rappelons qu'il faut faire au plus vite, la recherche de la trompe lésée.

Le ventre ouvert, on trouve une hémorragie en péritoine libre.

Il ne faut pas perdre de temps à l'éponger. Jeter rapidement hors du ventre à pleines mains, les caillots et tout de suite plonger la main dans le bassin, derrière l'utérus toujours reconnaissable, c'est là, en arrière de l'utérus, que « cela saigne ».

A droite ou à gauche, on sent la masse épaisse, mollasse, friable, du kyste tubaire rompu, avec le doigt infléchi, on l'énuclé, et on ramène de bas en haut tout le contenu du cul-de-sac de DOUGLAS.

On regarde les organes qu'on tient dans la main droite, on y reconnaîtra la trompe rouge lie de vin distendue, tantôt en trouvera sur son trajet un renflement sur la portion isthmique ou ampullaire et avec quelque attention, on trouvera en ce point une

rupture quelquefois saignante. D'autres fois, la trompe s'évase de dedans en dehors, son pavillon est dilaté, largement ouvert, et à la lumière on pourra quelquefois trouver un fœtus ou encore l'œuf décollé, en voie d'avortement tubaire.

Parfois enfin, on ramènera du cul-de-sac de DOUGLAS, en même temps que les annexes, l'œuf intact, ou un fœtus plus ou moins volumineux.

On place obliquement deux pices de KOCHER, l'une près de la corne utérine, l'autre sur le bord externe du ligament, c'est le temps capital de l'opération, quand il est achevé, l'hémostase est faite, il ne reste plus qu'à enlever la tumeur et à remplacer les pinces par des ligaments.

Toute autre tentative d'hémostase, tout pincement partiel, toute compression à l'aveugle, ne serviront qu'à perdre du temps et du sang.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire, le plus souvent, d'enlever les annexes en totalité, il suffit d'enlever la trompe gravide, si on veut se borner à cette obligation nécessaire et suffisante, il faut seulement lier, de proche en proche, le mésosalpinx de dehors en dedans, jusqu'à la corne utérine.

On soignera en dedans l'hémostase et l'artère utérine, qu'on liera par un fil, passé dans le muscle utérin. Pour éviter la récurrence, possible dans le moignon de la trompe, certains font l'incision cunéiforme de l'extrémité de la trompe dans le muscle utérin.

En conclusion, l'objectif essentiel est de réaliser,

dès que la séreuse est ouverte, une *hémostase* des vaisseaux tubaires.

Il faut que cette hémostase soit *immédiate*.

Il faut qu'elle soit *parfaite*.

1) *Immédiate* : Il est inutile de perdre un temps précieux à commencer l'évacuation du sang épanché, à mettre en place une valve, à placer des champs abdominaux. La main plongée dans le petit bassin reconnaît facilement le côté atteint, l'extérioriser immédiatement, et placer deux pinces, qui assurent d'emblée l'hémostase.

2) *Parfaite* : C'est alors que l'hémorragie, sûrement coagulée, on réclame l'administration, pendant la fin de l'opération, de sérum intra-veineux, et si la déperdition sanguine a été considérable, la transfusion sanguine. C'est alors que la valve sera mise en place en toute tranquillité d'esprit, jusqu'à ce que la malade ne saigne plus.

La valve exposant bien la lésion, les champs seront placés, la toilette péritonéale commencée, l'exploration du côté opposé sera attentive et les pinces seront remplacées par des ligatures en bonne place et qui seront doublées, afin d'être absolument certain de la qualité de l'hémostase.

e) *Faut-il drainer ?*

Le drainage dans le traitement des inondations péritonéales est *inutile* et même *dangereux*.

Il est illogique et constitue une possibilité non

négligeable d'infection du milieu sanguin épanché.

Jamais la toilette péritonéale ne peut être parfaite, mais le sang stérile restant, lorsqu'il est en petite quantité, est résorbé aisément.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES ENKYSTÉES OU PARTIELLEMENT ENKYSTÉES

Nous n'envisagerons dans ce chapitre, que les hémorragies enkystées ou partiellement enkystées, mais non infectées et non suppurées.

Il est certes difficile de savoir, devant une hématocele enkystée, avec fièvre, leucocytose, s'il s'agit d'une fièvre de résorption ou de suppuration, les examens de laboratoire (intensité de leucocytose, ponction de DOUGLAS) permettront d'opter pour la voie basse, en cas de collection suppurée, pour la voie abdominale, en cas de collection sanguine simple.

Nous supposerons ce problème résolu. Nous envisagerons surtout quelques points particuliers de ce traitement de l'hémorragie enkystée, non suppurée.

Les objectifs sont les mêmes pour le traitement des accidents hémorragiques et d'hémorragie libre :

On ouvre la cavité abdominale comme nous l'avons dit.

« La cavité abdominale ouverte, on trouve le bassin rempli par une masse, recouverte d'épiploon, ou par

le côlon pelvien. Cette masse est noirâtre et dépressible. Il faut y pénétrer. Pour cela, il faut reconnaître l'épiploon, l'intestin et les relever, on pénètre ainsi dans une poche remplie de caillots foncés, de sang poisseux et noir. On évacue tout son contenu à pleines mains et ce n'est que lorsque ce serait fait, que l'on peut reconnaître l'utérus. On cherche sur son flanc, et en arrière de lui, dans le cul-de-sac de DOUGLAS, le corps de débit, on le ramène, les doigts infléchis vers le haut, râclant la face postérieure de l'utérus, c'est une trompe, souvent énorme à orifice dilaté ». (LEJARS).

Ce n'est pas tellement facile qu'on ne le croit, parce qu'ici la collection est entourée d'adhérences, qu'il faut rompre sans dégâts pour les organes voisins, et en particulier pour le conduit digestif (Rectum), vessie et les autres organes.

L'ablation des annexes responsables, ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'elle soit rendue plus difficile par un état encore plus œdémateux, plus cartonné, plus friable de ses parois. Un point intéressant est constitué par la question *du drainage* de la cavité et de l'espace plus ou moins irrégulier, infractueux que l'on vient de déterger.

Sans doute, l'aspect du DOUGLAS, le fait qu'il s'agit d'une collection organisée, datant déjà de plusieurs jours, le fait qu'une collection sanguine, au contact de l'intestin, s'infecte vite, pourrait conduire à pratiquer le drainage.

Cependant, il paraît intéressant de rapporter, que

le docteur Roger COUVELAIRE a fait des cultures de ce milieu dans dix cas opérés précocement et les cultures ont été stériles. Par conséquent nous conclurons, en disant que nous ne voyons pas quelle utilité pourrait avoir le drainage, et il nous paraît qu'il vaut mieux refermer *sans drainer*. Le drainage reprendra ses droits lorsque la collection sanguine est ancienne, trouble ou franchement suppurée.

A propos de fermeture pariétale, un point sur lequel il nous paraît utile d'insister, c'est de s'attacher à faire une fermeture solide, car les tissus, souvent exsangues cicatrisent avec bien moins de rapidité que normalement, et nous savons qu'on a conseillé pour ces parois, l'emploi de fil non résorbable.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS POST-OPÉRATOIRES

Elles sont plus fréquentes, qu'il n'est classique de le penser.

A relire des observations nombreuses, nous avons remarqué les complications principales, qui sont :

Etat d'*anémie*, dont la malade peut mourir. Secondairement, les *phlébites*, les *péritonites diffuses*, les *septicémies*, l'*occlusion*.

a) *L'état d'anémie aiguë.*

Dans certains cas, en effet, quoique l'on fasse, la malade qui a perdu déjà trop de sang, mourra, comme si elle avait dépassé dans l'hémorragie un seuil, incompatible avec la vie. Bien entendu on ne doit jamais *à priori* juger la partie perdue, et dans cette maladie, hémorragique par excellence, le traitement de l'hémorragie doit être mis à l'œuvre, dès qu'on le pourra, c'est-à-dire déjà pendant l'opération, l'hémostase une fois faite, et surtout après l'intervention.

La transfusion sanguine de remplacement, constitue une méthode fort intéressante, cependant la variabilité des réactions à la transfusion, est grande.

Certaines femmes, sans qu'on puisse juger à l'avance de ceci, supporteront cette transfusion moins bien que d'autres ; ceci mis à part, la question des groupes sanguins.

Il est curieux de constater, et le docteur Roger COUVELAIRE nous dit avoir été frappé par le fait, que la transfusion sanguine dans le traitement des hémorragies par rupture de gestation ectopique, n'est pas une arme anodine.

Certaines malades, alors même que le groupe sanguin a été minutieusement vérifié, font des accidents graves, pouvant aller jusqu'à la mort brutale.

C'est dire que le *sérum intra-veineux*, employé de longtemps, reste une méthode excellente, parce que très sûre, et le plus souvent, suffisante.

Le *sérum physiologique* ou *glucose isotonique*, nous paraît devoir constituer le traitement de base de ces hémorragies, il pourra être utilement complété par la suite, par la transfusion.

Le fait, qu'il est toujours à la disposition du chirurgien à dose suffisante, et le fait que tout le monde le supporte parfaitement, est tout à son avantage.

Quelques détails pour son administration nous paraissent utiles. En dehors de la voie sous-cutanée, il est une voie sur laquelle nous voulons insister, c'est la voie *intra-veineuse*, qui constitue l'apport direct.

Il faut que ce sérum soit injecté assez *chaud*, à *hautes doses*, *lentement*, et on pourra utilement l'administrer *pendant* et tout de suite *après l'opération*.

b) *La phlébite.*

Elle constitue une complication, intéressante quant à sa pathogénie lors des interventions pour la grossesse ectopique.

« Les phlébites post-opératoires, sont favorisées par tous les troubles de la circulation générale et locale ». L'infection qui détermine la phlébite, est dans la majorité des cas d'origine endogène ». (J. DUCUING).

Nous nous trouvons souvent en présence d'une femme, avec une hémorragie plus ou moins abondante.

Tout le monde est d'accord pour dire que quand une personne a une hémorragie abondante « le sang qui se trouve dans les vaisseaux, devient plus coagulable, circonstance heureuse qui favorise la formation du caillot obturateur de vaisseau ». (HEDON).

Donc, il se produit un changement du milieu humoral du sang, et la coagulation se produit facilement dans les vaisseaux du petit bassin.

Les expériences de HAUSER envisagent très largement le problème des modifications du sang, dans le mécanisme des thromboses. Cet auteur en étudie le sang « post-opératoire » au triple point de vue de la bactériologie, de la formule globulaire et de la composition physico-chimique, et ses conclusions sont les suivantes :

1^o Au point de vue bactériologique, le pouvoir agglutinatif du sang vis-à-vis de nombreux microbes, augmente après l'opération.

II) Au point de vue formule sanguine, le nombre de globules rouges après l'opération, ne reste pas fixe « dépend de l'abondance de l'hémorragie, avant et pendant l'opération ».

— Le nombre de leucocytes augmente quelques heures après.

— Le nombre de *plaquettes sanguines* diminue dans les cinq premiers jours et augmente ensuite, entre le huitième et le onzième jour, pour redevenir normal après ce laps de temps.

Ce point a une importance capitale, et si nous insistons dessus, c'est qu'il faut toujours réclamer à la suite d'opération ectopique, le *dosage des plaquettes sanguines*, qui a une grande utilité.

III) Au point de vue physico-chimique, des modifications très importantes ont été constatées, déplacement des albumines colloïdales, avec augmentation de la proportion des globulines, richesse plus grande du sang en fibrinogène, avec la tension superficielle du plasma et du sérum, la viscosité du sang, etc., etc... qui exercent une influence sur l'agglutinabilité des éléments cellulaires que contient le sang.

Cette agglutinabilité qui est considérée par HAUSER comme étant sous la dépendance de la composition du sang, serait par conséquent variable, suivant les modifications, signalées plus haut.

« Les modifications post-opératoires de la composition sanguine », dit-il « conduisent à une agglutination des cellules et des plaquettes sanguines entre elles et contre la paroi vasculaire, l'augmentation de l'al-

bumine labile, peut aboutir à la formation de fibrine et à la coagulation plus facile du sang ». (J. DUCUING).

c) *Péritonite diffuse.*

Quant à la péritonite diffuse, compliquant les suites opératoires dans la gestation ectopique, elle semble assez rare, bien que provenant de causes variables. Elle reconnaît surtout son étiologie dans une faute d'asepsie, qu'une précipitation opératoire exagérée rend possible, l'ouverture d'une cavité septique, telle que la trompe, le corps utérin ; si on fait l'hystérectomie : l'ablation intempestive de l'appendice. C'est à ce propos que nous rappelons quelques précautions, qui nous paraissent dans ce cas indispensables à prendre. En cas d'ablation de la trompe, il faut, soit ioder le moignon tubaire, soit le thermocautériser. En cas d'hystérectomie, il faut faire ceci avec tout l'asepsie désirable.

— Thermocautérisation ou iodage large de la section du col : Pratiquer une péritonisation minutieuse.

Reste la question de l'ablation de l'appendice. Certains chirurgiens profitent de l'intervention présente, et si la terminaison de l'acte opératoire n'apparaît pas comme trop pressente, et si l'on pense qu'il était opportun de débarrasser la malade de son appendice.

Il nous paraît que le mélange de ce temps septique que constitue l'ablation de l'appendice, soit d'une pratique déplorable, l'intervention d'hémostase pouvant être considérée comme rigoureusement aseptique.

L'expérience montre d'ailleurs le bien-fondé de cette impression, et le fait que le docteur Roger CovelAIRE nous a confié une observation de mort, due à *l'ablation de l'appendice par péritonite*, nous confirme dans notre opinion, et nous fait considérer l'ablation de l'appendice comme formellement contre-indiquée.

d) *La septicémie post-opératoire.*

Une complication très redoutable est la septicémie post-opératoire de la grossesse ectopique, et nous *incriminons surtout la négligence de l'aseptie complète lors de l'opération* (heureusement rare) que quand le chirurgien se trouve en présence des symptômes alarmants d'une hémorragie en péritoine libre, due à une rupture de la grossesse ectopique.

Nous passons rapidement sur les microbes pathogènes, qui sont capables de produire cette septicémie grave. (Streptocoques, quelquefois staphylocoques, etc., etc...).

Le point essentiel c'est qu'un organisme qui est déjà affaibli par une hémorragie abondante, ou soit par plusieurs hémorragies successives, n'est pas capable de résister à l'intoxication des micro-organismes pathogènes, qui rentrent facilement dans la circulation générale, et que la vie du malade devient une question d'heures.

— Les accidents septicémiques post-opératoires sont assez variables.

1. *Il y a des cas bénins.* — Où l'on voit apparaître

dans les quelques heures qui suivent l'opération une légère élévation thermique, avec tachycardie et irrégularité du pouls, un malaise général, des courbatures. Ces phénomènes durent quelques heures (de 24 à 36 heures) puis tout rentre dans l'ordre, et les suites opératoires évoluent sans autres incidents.

2. *Il y a des cas graves.* — Où on voit quelques heures après l'opération une très grande agitation, avec profonde angoisse. La température s'élève tout à coup et atteint 40°, ou même 41°, le pouls devient incomptable, et des sueurs apparaissent. A partir de ce moment, les événements se précipitent *en avalanche*, et dans un délai très court de 8 à 36 heures, la mort survient dans le collapsus.

Il faut remarquer que ces accidents ne surviennent pas tout de suite après l'opération, il y a une période de latence pendant laquelle l'opérée paraît en excellente santé, et rien ne fait prévoir les suites graves, et cette période de latence peut durer de 12 à 18 ou 24 heures.

e) *L'occlusion post-opératoire.*

Les travaux que nous avons consultés nous donnent les conclusions suivantes :

1° L'occlusion est assez fréquente (12,5 % dans la thèse de M^{lle} R. GAUTHERON).

2° Dans certains cas l'occlusion qui existait avant l'opération persiste après elle.

3° Dans d'autres cas l'occlusion est post-opératoire

- soit précoce (le 1^{er} ou 2^e jour).
- soit tardive vers le douzième jour.

Comment interpréter ces faits ?

I. *L'occlusion qui existait avant l'acte opératoire persiste après l'intervention.*

- les vomissements fécaloïdes ne sont pas supprimés,
- le ballonnement ne diminue pas, ni gaz, ni selles ne sont émis.
- l'état nauséux est continu,
- la température s'élève à 39°-40°,
- Le pouls s'accélère, devient filiforme,
- la respiration irrégulière,
- le hoquet apparaît et la malade meurt dans le coma.

Dans ces cas il s'agit :

- ou bien d'une occlusion vraie : l'opération n'a pas levé tout l'étranglement,
- ou bien d'un ileus paralytique qui précède l'acte opératoire.

Rappelons les exemples très démonstratifs cités par M^{lle} GAUTHERON.

Dans un cas de Max Jordan.

L'occlusion relevait de causes multiples, l'intervention porta primitivement sur une hernie qu'on croyait étranglée et qu'on rendait responsable des accidents occlusifs. Devant l'erreur, on pratiqua alors une laparotomie latérale en agrandissant l'incision,

celle-ci ne donna pas un jour suffisant sur les lésions et l'autopsie fit découvrir des obstacles insoupçonnés, qu'une intervention plus large eût certainement supprimés.

Dans un cas de Notta.

La laparotomie médiane permet de constater et de lever un étranglement des anses grêles, qui s'étaient engagées dans une ouverture de la paroi du kyste fœtal. On fit une résection partielle de la poche et on *laissa les parties de celle-ci intimement adhérentes à l'intestin*. La mort survint le deuxième jour. A l'autopsie, étranglement des anses adhérentes à la partie du sac laissé en place. *L'opération* n'aurait donc pas levé tout l'étranglement.

Dans un cas de Viana.

L'intervention supprima l'obstacle constitué par le sac tubaire comprimant le sigmoïde d'une part et la torsion d'une anse grêle autour de l'épiploon d'autre part. Or contrairement aux prévisions, l'occlusion se maintint pendant cinq jours, avec persistance des mouvements péristaltiques. Le cinquième jour, on créa un anus contre nature, qui amena d'abord une amélioration progressive, puis le dixième jour une émission de gaz et de matières, ce qui entraîna la guérison. La mort survint le vingt-et-unième jour par broncho-pneumonie grippale intercurrente.

Peut-être faut-il invoquer dans ce cas la formation de coudures que l'intestin paralysé ne peut supprimer.

La présence de mouvements péristaltiques est expliquée soit par une paralysie segmentaire, les anses saines pouvant lutter contre les anses inertes, coudées, formant obstacle ; soit par l'existence de spasme.

L'occlusion paralytique due à une hémorragie interne peut persister après l'apparition. L'observation de RUTHERFORD-MORISON nous en donne un bel exemple. Une malade fut opérée, le troisième jour d'une inondation péritonéale avec paralysie intestinale. La thérapeutique mise en œuvre pour faire fonctionner l'intestin fut inutile, la malade mourut trois jours après l'intervention. L'autopsie montra seulement un intestin distendu et anémique.

L'occlusion post-opératoire par persistance de l'inertie intestinale peut être expliquée :

— soit par la présence de sang résiduel laissé par une évacuation incomplète, qui entretient le péritonisme,

— soit par formation de coudures contre lesquelles l'intestin entièrement paralysé ne peut lutter.

— soit par le retard apporté à l'intervention (troisième jour des accidents). La paralysie est alors devenue totale et la musculature forcée de l'intestin trop longtemps distendu ne peut reprendre sa tonicité.

Ici le pronostic est très grave, presque absolument fatal.

L'anus iliaque est souvent inefficace, il vaut mieux recourir aux excitants de la musculature intestinale (sérum salé hypertonique, lavement électrique surtout).

B) *L'occlusion apparaît après l'intervention.*

I. L'occlusion apparaît après un intervalle d'amélioration assez court, le deuxième jour en général.

— le ballonnement et la constipation surviennent de nouveau, mais en général tout rentre dans l'ordre sans qu'on ait besoin de réintervenir.

L'occlusion est due :

— soit à la suppuration légère,

— soit à la présence de caillots sanguins, laissés en contact de la séreuse (DESGOUTTES), le pronostic est bon, les accidents durent peu (vingt-quatre heures au plus) et la guérison survient spontanément.

2. — L'occlusion apparaît tardivement, après un intervalle d'amélioration assez long.

« Plus on s'éloigne du jour opératoire, plus on a de chances pour qu'ils s'agisse d'occlusion vraie » (CÉLOS). L'observation de CARLE, nous montre la vérité de cette constatation, l'auteur rapporte un cas d'occlusion survenant douze jours après une intervention pratiquée par voie vaginale.

Il s'agissait d'une hématoécèle infectée, à la suite d'un curetage intempestif ; elle fut évacuée par colpotomie. Le fond de la cavité donnait l'impression d'être constitué pour des anses agglutinées. Les phénomènes s'amendèrent et tout semblait annoncer la guérison, quand le douzième jour, survint une constipation opiniâtre durant quatre jours. Le ventre se ballonna progressivement et devint douloureux, des coliques de plus en plus intenses et des vomissements survinrent.

La laparotomie faite pour pallier à ces accidents permet de constater : *l'adhérence des anses grêles à ce qui restait de la poche hémato-célique*. Elles furent impossibles à dégager et se déchirant au cours de tentatives de libération, obligèrent à une résection. La mort survint le lendemain.

EN RÉSUMÉ

L'occlusion post-opératoire peut être *vraie* ou *paralytique*.

a) *Vraie* : Elle est due à la résistance d'un obstacle non supprimé, par une intervention trop limitée.

(Voie vaginale ou laparotomie latérale, ne permettant pas d'apprécier toute l'étendue des lésions, Max JORDAN, CARLE, NOTTA).

— Elle peut persister après l'intervention ou survenir très tardivement (douzième jour).

— La réintervention par voie haute et laparotomie médiane faite le plus tôt possible, est seule capable de faire céder cette occlusion vraie, dont le pronostic est grave (100 % de mort).

b) *Paralytique* : Elle peut résister après l'opération. Le pronostic en est grave, la paralysie est totale et traduit un épuisement de l'intestin forcé.

Elle peut réapparaître précocement (deuxième jour) et elle est due :

— Soit au suintement du drainage,

— Soit à la présence de sang résiduel.

Le pronostic est bénin.

Voici une observation publiée par M. P. Mocquot et M. P. PADOVANI dans le *Journal de Chirurgie* de 1934.

Dans un cas d'occlusion post-opératoire d'une grossesse ectopique.

Une femme de 22 ans entre, le 28 avril 1930, pour une hématoçèle rétro-utérine. On l'opère le 30 avril. On évacue les caillots, on enlève le kyste fœtal qui siège sur la trompe droite et on enlève les annexes droites. La plaie est fermée sans drainage.

Les suites paraissent d'abord favorables, puis l'abdomen se ballonne, les évacuations intestinales s'arrêtent, l'état général s'aggrave.

On réintervient le 9 mai.

Laparotomie médiane. L'anse grêle distendue au maximum est dans l'hypochondre droit, mais l'obstacle n'apparaissant pas, on est contraint d'éviscérer les anses distendues. L'obstacle est constitué à la partie inférieure de l'abdomen par une agglomération complexe d'anses grêles agglutinées qui forment le plafond de l'hématoçèle : On les libère avec difficulté, en arrachant par plans le revêtement péritonéal. En un point même, la déchirure pariétale nécessite deux surjets d'enfouissement. Puis on établit avec difficulté à cause de l'altération des parois, une fistule par l'anse distendue qui est laissée hors du ventre. La paroi est fermée au-dessus et au-dessous. La malade succombe dans la nuit.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° I (Roger COUVELAIRE) 1933

Mme F...présente les signes d'une hématoçèle rétro-utérine récente.

— Laparotomie médiane sous-ombilicale.

— Gestation ectopique gauche rompue et hématoçèle enkystée.

— Ablation des annexes gauches.

Suite opératoire. — Simple pendant les deux premiers jours.

— Puis accidents occlusifs, progressivement aggravés,

— vomissements,

— ni selles, ni gaz,

— météorisme et péristaltisme.

Échec du traitement *biologique* et du lavement *électrique*.

Fistulisation cœcale à l'anesthésie locale.

Le cœcum est un peu dilaté. On voit nettement le péristaltisme de la dernière anse iléale.

Fistulisation du cœcum sur sonde de NÉLATON.

Les accidents occlusifs cèdent aussitôt. Météorisme et péristaltisme disparaissent.

La sonde donne abondamment au 10^e jour, ablation de la sonde au 30^e jour, la fistulisation cœcale est spontanément fermée.

Guérison maintenue depuis cette époque.

OBSERVATION N° II
(M. ORSONI), *Hôpital Bichat*

M^{me} G..., 36 ans, concierge, entre le 2 Janvier 1933.

Pour une hématoçèle rétro-utérine.

Les débuts des accidents remontent à 48 heures.

L'intervention pratiquée le même jour, anesthésie avec Éther (mauvaise pour ce cas).

Incision médiane sous-ombilicale, montre hématoçèle enkystée du Douglas : le rectum collé à l'utérus.

— grossesse extra-utérine ampullaire droite, rompue en arrière, ovaire sain, mais adhérent.

— castration droite difficile — solidarisation des chefs de ligature.

— trompe gauche volumineuse et épaissie, adhérente, ovaire enfoncé sous des adhérences et présentant de petits kystes bleutés, on se demande s'il ne s'agit pas d'endométrisme.

Néanmoins, on ne décolle rien et la trompe est restée en place.

— Toilette du Douglas qui est cartonné.

— Fermeture en 3 plans sans drainage, surjet péritonéal, catgut chromé 2 sur aponévrose, crins et agrafes.

Suites. — Ballonnement du ventre dès le deuxième jour, cependant la malade a rendu des gaz et a été un peu à la selle.

Vomissement le 2^e jour au soir.

— le matin du troisième jour, ventre ballonné de la région sus-ombilicale, mais ni douloureux ni tendu.

— Prise de sang pour dosage d'urée.

— Sérum hypertonique 40 cc. en intraveineuse, vers midi.

— dès l'après-midi, déballonnement, la malade se sent beaucoup mieux, se voit sauvée.

— le soir, de nouveau ballonnée, avec des crises de diarrhée, vomissement, et on lui fait sérum hypertonique.

— Le 4^e jour — adynamie — ballonnement — vomissement, hyperthermie et mort.

Vérification immédiate. — Malade encore chaude.

— On passe par l'ancienne incision : on remarque un peu de liquide séro-sanglant dans le ventre prélevé pour examen.

— grêle extrêmement dilaté, rien du côté génital, ni adhérences, ni nécrose.

Pas d'obstacle sur le pelvien, On n'a pas pu voir les transverses, mais le côlon gauche est plat. Le cœcum est cependant dilaté et les anses grêles au-dessus le sont à éclater presque au jejunum.

Examen du liquide. — Globules rouges très abondants, bien conservés, polynucléaires, 45.

Grands et petits mononucléaires : 55 %.

Quelques cellules endothéliales légèrement tuméfiées libres.

— Pas de microbes.

— les cultures sont restées négatives.

— le dosage d'urée sanguine fait au 4^e jour, donne 1 gr. 68 par litre.

On a regretté de ne pas avoir pratiqué précocement dès l'aggravation des signes occlusifs, une fistulisation des grêles à la Witzel.

OBSERVATION N° III

(ORSONI)

M^{me} T..., 41 ans, — 8 enfants.

Opérée le 26 octobre 1934, en « urgence » pour une grossesse extra-utérine rompue.

Anesthésie. — Éther.

Intervention. — Syndrome typique d'inondation péritonéale.

- Incision médiane sous-ombilicale.
- On déterge aux champs abdominaux, environ 1 litre de sang.
- Utérus saisi avec hystérolabe, montre grosseur ampullaire gauche du volume d'une orange rompue.
- Kyste de l'ovaire à droite du volume d'un gros œuf.
- Hystérectomie subtotal.* — Procédé ordinaire. Péritonisation.
- Fermeture sans drainage.
- catgut sus-péritoine,
- points en X sur aponévrose,
- bourdonnet et points séparés au fil de lin.
- Suite.* — Sortie de l'hôpital complètement guérie le 19 novembre 1934.
- Réopérée en 1935 dans le service Mocquot pour éventration.

OBSERVATION N° IV

- M^{me} M..., âgée de 32 ans, entrée le 21 janvier 1936.
Hématocèle rétro-utérine très nette.
- Col normal.
 - Corps utérin non perceptible,
 - Masse postéro-gauche, volume d'une grosse orange,
 - Réaction d'Achéim Zondeck négative.
- Intervention.* — Castration unilatérale gauche.
- Le lendemain de l'opération : température à : 40°2 qui tombe progressivement.
- Petits accidents occlusifs, cèdent spontanément.
- Suite.* — Guérison complète.

OBSERVATION N° V

M^{me} P..., âgée de 31 ans, entrée le 4 avril 1936.

Pour douleurs hypogastriques aiguës s'accompagnant de vomissements.

Histoire. — L'épisode actuel a débuté brusquement le 1^{er} avril vers 16 heures, la malade a été soudain prise de douleurs hypogastriques violentes, à droite et à gauche. Pas d'irradiation. Une demi-heure après, elle fait un vomissement alimentaire (sans bile) suivi de deux autres, au cours de l'après-midi. Pas d'élévation thermique.

Cet épisode n'est pas le premier, 18 mois en effet à partir de l'accouchement de son 4^e enfant, la malade a fait de petites poussées abdominales caractérisées par des crises douloureuses, s'accompagnant de pertes jaunes, très épaisses et très abondantes. Mais il faut noter que l'épisode actuel est le plus violent et qu'il a été précédé par des poussées moins aiguës. Actuellement, on note quelques troubles de la miction, la malade ne ressent pas l'envie d'uriner. Il existe aussi des épreintes et des douleurs rectales.

Antécédents. — Réglée depuis 15 ans avec toujours un retard variable sur la période. Durée 3 jours. Les dernières sont du 15 février, celles du 15 mars n'étant pas apparues, la malade a pris de la quinine, mais il ne semble pas qu'il y ait eu manœuvre intra-utérine.

Elle a 4 enfants, dont le dernier a 18 mois.

Examen. — Douleur et défense musculaire de la partie droite de l'hypogastre et la partie basse de la fosse iliaque droite.

L'abdomen respire bien.

Toucher vaginal.

— col en bas et en arrière,

— corps normal, de dimensions et antéflexion normales.

— cul-de-sac droit, à bout de doigt complètement dur et très douloureux,

— autres culs-de-sac libres.

Inondation péritonéale par rupture secondaire d'une hématocele ilio-lombaire droite due à un avortement tubo-abdominal droit. Le Douglas est complètement effacé par une bride qui fixe l'utérus à l'anse sigmoïde, ce qui explique l'absence de douleur au toucher vaginal.

Ablation des annexes droites, la trompe est en position iliaque haute. Péritonisation le surlendemain de l'opération, température à 40°.

Suite. — Guérison complète.

OBSERVATION N° VI

M^{me} M..., âgée de 37 ans.

Entrée le 14 février 1936.

Syndrome typique d'hémorragie interne.

Douleur de Douglas.

Inondation péritonéale, due à la rupture de la trompe gauche.

Intervention. — Ablations des annexes gauches.

Suite. — Le surlendemain de l'opération, température à 40°.

Petits accidents occlusifs qui cèdent spontanément.

Guérison complète.

OBSERVATION N° VII

M^{me} V..., âgée de 44 ans.

Entrée le 15 mars 1936.

Inondation péritonéale.

Perforation isthmique de la trompe droite.

Intervention. — Ablation des annexes droites.

Fermé sans drainage.

Suite. — Le lendemain d'opération : 39°5.

Petits accidents occlusifs qui cèdent spontanément.

Guérison complète.

OBSERVATION N° VIII

M^{me} P..., âgée de 30 ans, entrée le 9 août pour des douleurs abdominales, apparues le 6 août.

A ce moment, elle se plaint de vertige, présente des vomissements, et des pertes sépia.

Antécédents. — En 1932, grossesse ectopique opérée.

Examen. — Utérus normal, reporté à droite par une masse gauche du volume d'une noix.

Opération. — Le 18 août, montre caillots en voie d'organisation dans le ventre, surtout dans le Douglas.

Trompe gauche rompue ayant fait son hémostase.

— Hystérectomie,

— Appendicectomie,

— 1 drain dans le Douglas.

Suite. — Le 1^{er} août, montre :

Ventre souple, gaz.

— l'aspiration par le drain retire 10 cc., de liquide sanglant, inodore.

Puis la température commence à monter et la malade meurt le 5^e jour après l'opération.

Autopsie. — Une quantité abondante de liquide trouble intra-abdominal.

OBSERVATION N° IX

M^{me} B..., âgée de 34 ans, entre à la Maternité le 9 mai 1935 pour une grossesse douloureuse, à ce moment on

constate une douleur dans l'hypochondre droit irradiant dans l'épaule droite.

La malade est passée en médecine (Professeur LOEPER) avec le diagnostic de cholécystite et grossesse.

Le 10 mai 1935.

Les douleurs sont atténuées mais peu à peu, la malade présente un syndrome d'hémorragie interne et pensant à une hématocele, on passe en chirurgie.

L'interrogatoire révèle :

Un retard de règles de 2. mois.

Examen. — Femme très pâle avec décoloration des muqueuses.

— État syncopal, plusieurs pertes de connaissance dans la matinée.

— Température à 38°.

— Pouls 130. Petit.

Abdomen. — Respire bien.

Palpation. — Réveille une légère sensibilité avec défense.

Percussion. — Matité dans les flancs surtout à gauche.

Toucher vaginal.

— col légèrement ramolli,

— corps augmenté de volume,

— la pression dans le cul-de-sac de Douglas le montre libre et souple, mais arrache un cri à la malade.

Seins. — Pas de colostrum.

Les autres appareils sont normaux.

En résumé. — Retard de règles avec signe d'hémorragie interne chez une femme jeune,

cri de Douglas. On fait le diagnostic d'hématocele.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Deux grossesses normales.

Opérée le 10 mai 1935. — Malade hospitalisée depuis la veille pour cholécystite et grossesse. Syncope. Pouls à 140.

Incision médiane sous-ombilicale.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de sang mélangé de caillots, les anses intestinales sont dilatées.

On attire en dehors l'utérus qui est petit. La trompe droite est dilatée principalement dans sa portion ampullaire qui laisse s'échapper des caillots et un fœtus de deux mois environ.

Ligature de la trompe et résection de la portion ampullaire.

Suture de la paroi aux soies.

Transfusion 300 cc.

Suite. — Au début normal. Température restée pourtant à 38°.

La cicatrice est belle. On enlève les fils le 20 mai.

Le 25 mai.

Au soir, la température tombe à 37° alors que tous les jours précédents, elle était restée à 38°.

Le 26 mai.

Poussée thermique à 39° avec dyspnée et point douloureux dans la base droite du thorax.

On l'examine.

Gros foyer à la base droite.

— souffle tubaire et râles crépitants.

On hésite entre : foyer pneumonique et gros infarctus.

Traitement. — Injection de 40 cc. de *diénol* intraveineux, d'eucalyptine, le 26 mai et les jours suivants.

Le 27, ventouses scarifiées.

La température baisse légèrement.

Le 27, 38°8 le soir,

le 28, 38°9 le soir,

le 29, 38°4 le soir.

Tandis que le foyer rétrocede, mais,

Le 30 mai, la malade se plaint de douleurs de la jambe droite au cou de pied et dans l'aîne gauche également.

— légère élévation thermique par rapport à droite,

— léger œdème au cou de pied mais il est difficile d'imprimer un godet.

— douleurs à la pression.

On craint la phlébite.

— 10 cc. d'anthéma intra-musculaire,

— morphine,

— immobilisation du membre.

La température à ce moment est à 38°2.

Le pouls en rapport avec la température 90.

Evolution. — *Le 31 mai.* — État presque stationnaire :

— légère augmentation de la douleur,

— légère augmentation de l'œdème,

— température et pouls stationnaires.

On met la malade en position déclive.

Le 1^{er} juin. — La température monte à 38°8.

— pouls à 86.

— l'œdème a augmenté,

— mais l'augmentation du membre gauche par rapport au droit reste toujours *modérée*.

On fait une nouvelle injection d'anthéma.

Le 2, 3, 4 juin. — La température reste aux environs de 38°8.

— le pouls 90-95,

— l'œdème est à son *maximum*,

— membre inférieur droit plus gros que le gauche,

— augmentation surtout marquée à la partie inférieure, cou de pied, la peau est blanche et chaude, godet difficile à former,

— la douleur est moins intense qu'au début.

Trois nouvelles injections d'anthéma.

Le 5 juin. — La température commence à décroître, 38°2 le soir ; le pouls suit la température.

Les jours suivants. — 6, 7, 8, 9 juin, la température continue à hausser puis reste stationnaire ;

le 6 juin, 37°8, le soir,

le 7 juin, la température remonte à 38°4.

les jours suivants, la température est stationnaire, oscillant entre 38°2 le soir et 37°6 le matin, le pouls à 80.

Depuis le 5 juin, l'œdème commence à diminuer et la douleur a complètement disparue.

Le 10 juin. — Le membre était revenu normal.

On continue l'immobilisation.

Le 13 juin. — Examen sanguin.

Hématies 3.900.000.

Hématoblastes : 410.000.

Le 17 juin. — Douleur diminuée,

— pied un peu gonflé,

— pouls décroît.

Le 22 juin. — Chaleur locale augmentée,

— gonflement membre droit toujours peu accusé,

Fièvre continue à 38°.

Le 28 juin. — Tous les signes généraux ont disparu. Le 29^e jour, il ne subsistent plus que des douleurs au niveau de la tibio-tarsienne, quand la malade tente de marcher.

Le membre est encore augmenté de volume par rapport à celui du côté sain et enfle à la marche.

Guérison complète, la malade quitte l'hôpital le 1^{er} juillet 1935.

CONCLUSIONS

I. — En présence d'une gestation ectopique jeune et non compliquée, l'exérèse de la trompe atteinte est *le traitement de choix*. L'ablation tubaire doit être totale ; il est prudent de ne pas laisser de moignon tubaire où puisse s'effectuer une nouvelle nidation ovulaire anormale.

L'hystérectomie présente de très rares indications.

— *Hystérectomie d'Hémostase* si l'œuf est développé au contact de la corne utérine ;

— *Hystérectomie de nécessité*, si les annexes opposées présentent des lésions importantes.

II. — En présence d'une gestation ectopique, compliquée d'inondation péritonéale, certains détails techniques ont une grande importance.

a) *Avant l'opération*, l'administration du sérum intraveineux et la transfusion sanguine sont plus nuisibles qu'utiles, car elles risquent de provoquer une reprise de l'hémorragie ou d'accélérer son rythme.

b) La position de TRENDELENBURG n'est pas sans danger, si la malade est ramenée trop vite ou trop brusquement à l'horizontalité.

c) Les pinces sur les pédicules tubaires doivent être mises en place d'emblée, dès l'abdomen ouvert, avant toute autre manœuvre.

d) L'ablation simultanée de l'appendice est un temps dont on ne saurait exagérer le danger ; elle est inutile, elle est grave, ouvrant une cavité septique dans un milieu sanguin propre à la culture microbienne.

e) Le drainage doit être proscrit dans les hémorragies intra-péritonéales récentes. Il constitue une méthode de nécessité ou de sécurité dans les hématoécèles anciennes et dans les hématoécèles infectées.

f) La transfusion sanguine post-opératoire ne doit pas être considérée comme toujours anodine dans le cas particulier d'hémorragies liées à l'évolution d'une gestation ectopique.

III. — Les gestations ectopiques compliquées d'hémorragie intra-péritonéale libre ou enkystée ont plus souvent qu'il n'est classique de le dire des suites opératoires aggravées par l'apparition

— de phlébites,

— d'occlusions intestinales.

La déperdition sanguine en modifiant brusquement la masse sanguine, la présence de sang dans la cavité péritonéale jouent sûrement leur rôle dans la genèse de ces complications.

VU :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

VU :

Le Président de la Thèse,

R. GRÉGOIRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie,

J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

- BARRET. — Thérapeutique de la grossesse extra-utérine « Thèse de Paris », 1927.
- BIZONO (S.). — Contribution à l'étude des accidents hémorragiques de la grossesse tubaire « Thèse de Paris », 1931.
- CELOS. — Sur le diagnostic d'urgence chez l'adulte des maladies de l'abdomen qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominale, « Thèse de Paris », 1920.
- CHARES RICHET FILS. — *Précis de Pathologie expérimentale*, Bibliothèque Carnot et Fournier, Éditeurs J. B. Baillière & Fils.
- CHAZEL (O.). — Phlébites « Thèse de Paris », 1932.
- COUVELAIRE A. et MOUCHOTTE J. — Grossesse tubaire, faisant corps avec la corne utérine, et nécessite l'hystérectomie *Annales de Gynécologie*, 2^e série, page 269, année 1910.
- DUQUINGS (J.). — *Phlébites, thromboses et embolies post-opératoires*, Masson & C^{ie}, Éditeurs.
- FORGUE. — *Précis de Pathologie Externe*, Gaston Doin & C^{ie} Éditeurs.
- M^{lle} GAUTHERON (Renée). — Les formes occlusives des grossesses extra-utérines, « Thèse de Paris, » 1934.
- HEDON (E.). — *Précis de Physiologie*, Gaston Doin & C^{ie}, Éditeurs.
- JORDAN (Max). — *Münchener med. Wochenschrift*, 1897, p. 7, Grossesse tubaire dans une hernie inguinale.
- LAMARE (P.). — Contribution à l'étude des septicémies post-opératoires « Thèse de Paris », 1924.
- LEJARS-BROCQ et CHABRUT. — *Chirurgie d'urgence*, Masson & C^{ie}, Éditeurs.
- LECÈNE (P.) et LERICHE (R.). — *Thérapeutique chirurgicale*, Masson & C^{ie}, Éditeurs.

- MOCQUOT (P.) et PADOVANI (P.). — Technique et indication de l'entérostomie sur le grêle, dans le traitement de l'occlusion intestinale, *Journal de Chirurgie*, 1934.
- NOTTA. — *Gazette Médicale*, mai 1883. — *Progrès Médical*, Paris, 1884, p. 377. Grossesse extra-utérine, datant de sept ans. Accident d'étranglement interne, Laparotomie, Mort, la Thèse de GAUCHERY.
- PETIT (R.). — *Bul. mens. de la Société de Chirurgie*, 1936.
- PROUST et CHARRIER. — *Chirurgie de l'appareil génital de la femme* (par les Prosecteurs de la Fac. de Paris), Masson & C^{ie}, Éditeurs.
- VIANNA. — *Rivista Italiana di ginecologia*, volume I, fascicule V. juillet-août 1923, page 443. Occlusion intestinale par gestation ectopique.

